

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Carcinoma espinocelular desarrollado en un quiste triquilemal, un hallazgo incidental



Squamous Cell Carcinoma Developed in a Trichilemmal Cyst, an Incidental Finding

Sr. Director:

Un varón de 61 años, sin antecedentes previos de cáncer, acudió a la clínica dermatológica con historia de tres años de edema asintomático en el aspecto posterior del codo izquierdo. La exploración física reveló un nódulo subcutáneo de 1 cm de diámetro, sin cambios epidérmicos. Se solicitó eco-Doppler, que reveló una lesión quística hipodérmica predominantemente cutánea, con contenido hipocogénico, borde ecogénico y pequeños focos ecogénicos compatibles con quiste epidermoide, no revelándose nódulo interior sólido (fig. 1). Se realizó biopsia excisional, que reveló un quiste folicular de tipo triquilemal con carcinoma de células escamosas (CEE) bien diferenciado de 0,5 mm de grosor en su pared (fig. 2). El caso fue presentado al comité de oncología, que sugirió extensión local de 1 cm. La nueva biopsia no reflejó signos de neoplasia residual. Transcurridos seis meses de seguimiento, el paciente no presentó signos clínicos ni dermatoscópicos de recidiva.

Los quistes triquilemales son tumores anexiales benignos que se desarrollan desde la vaina de la raíz externa del folículo piloso. A diferencia de los quistes infundibulares, tienen un revestimiento epitelial estratificado sin capa granular, y contienen queratina eosinofílica compacta¹⁻³. Existen informes sobre carcinomas de células y basales escamosas que se derivan de quistes infundibulares⁴. No se han encontrado en la literatura revisada informes de carcinomas de células escamosas con origen en un quiste triquilemal.

Los quistes complicados por la ruptura de la pared muestran una respuesta estromal inflamatoria con células gigantes de cuerpos extraños, y a menudo una proliferación de epitelio de revestimiento con formación de cavidades

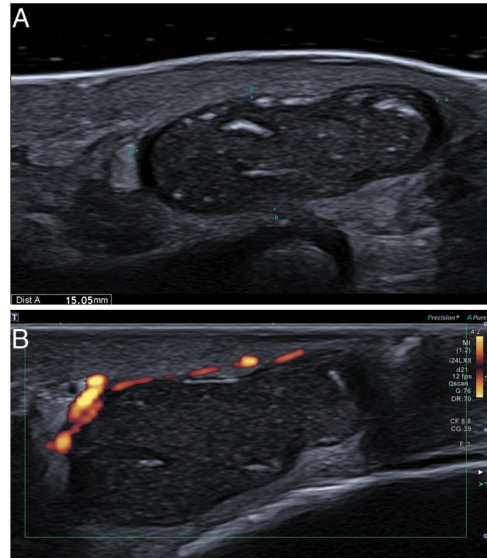


Figura 1 Ecografía de alta resolución del aspecto posterior del codo. Lesión de 15 mm, predominantemente quística y bien definida. Es anecoica en la periferia con contenido heterogéneo y zonas ecoicas focales internas sugestivas de queratina (A). La lesión parece avascular, sin vasos internos evidentes (B).

quísticas secundarias. En estos casos no se observa atipia. El diagnóstico diferencial incluye tumor triquilemal proliferativo. Dicha lesión es una neoplasia sólida que remeda carcinoma de células escamosas. Se compone de lóbulos epiteliales múltiples delimitados por una membrana basal espesa que presenta queratinización central de tipo triquilemal^{3,5}. Aunque la atipia no es por lo general una característica, pueden presentarse focos con figuras mitóticas, hiper cromasia y pleomorfismo nuclear ligero^{3,6}. Algunos autores mantienen que representa un carcinoma de células escamosas de grado bajo⁷.

Se ha reportado la colisión de un carcinoma de células escamosas y un quiste triquilemal¹. Un tumor de colisión corresponde a dos neoplasias independientes adyacentes en el mismo órgano. En nuestro caso la proliferación escamosa atípica formó parte de la pared quística, lo cual favorece que el carcinoma de células escamosas tenga su origen en el quiste triquilemal.

Los factores de riesgo para la transformación maligna incluyen gran tamaño, crecimiento rápido, ulceración, fis-

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.032>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.024>

0001-7310/© 2023 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

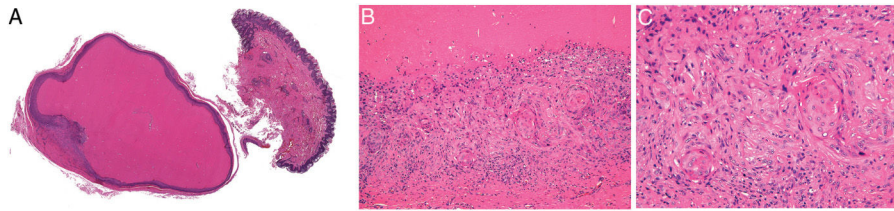


Figura 2 Histopatología (HyE). El escaneo de potencia muestra un quiste epidermoide bien circunscrito revestido de diversas capas de queratinocitos que contienen queratina ortoqueratósica compacta. Se observa un nódulo pequeño intramural en la zona izquierda inferior (A). Con mayor amplificación, el nódulo se compone de queratinocitos atípicos con abundante citoplasma eosinofílico, disqueratosis y núcleos hiper cromáticos pleomórficos (B y C).

tulización con eliminación de contenido quístico, falta de respuesta al tratamiento médico y recidiva⁴. El caso presentado no cumple los factores de riesgo anteriores, probablemente a causa de la extirpación temprana realizada.

Este caso se presenta para destacar la importancia de realizar un estudio histopatológico de todas las lesiones quísticas extirpadas, independientemente de si los síntomas e imágenes son indicativos de una lesión de etiología benigna. En este caso, el pequeño grosor del tumor motivó que pasara inadvertido en la ecografía, debido al contenido interno del quiste.

Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Wollina U, Schönlebe J, Koch A, Bitel A. Squamous cell carcinoma associated with trichilemmal cyst: A rare collision tumor. *Dermatol Ther.* 2020;33:e13260.
2. Requena L, Sangüeza O. Cutaneous adnexal neoplasms. Springer; 2017. p. 539–49, <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-45704-8>.
3. Satyaprakash AK, Sheehan DJ, Sangüeza OP. Proliferating trichilemmal tumors: a review of the literatura. *Derma-*

tol Surg. 2007 Sep;33:1102–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2007.33225.x>.

4. Antón-Badiola I, San Miguel-Fraile P, Peteiro-Cancelo A, Ortiz-Rey JA. Squamous cell carcinoma arising on an epidermal inclusion cyst: a case presentation and review of the literatura. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:349–53.
5. Requena L, Sangüeza O. Cutaneous adnexal neoplasms. Springer; 2017. p. 687–95, <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-45704-8>.
6. Valerio E, Parro FHS, Macedo MP, Pinto CAL. Proliferating trichilemmal cyst with clinical, radiological, macroscopic, and microscopic correlation. *An Bras Dermatol.* 2019;94:452–4.
7. Noto G, Pravatà G, Aricò M. Proliferating trichilemmal cyst should always be considered as a low-grade carcinoma. *Dermatology.* 1997;194:374–5. PMID: 9252767.

J. Pérez-Wilson^a, G. Coulon^{a,*}, C. Whittle^b y A. Castro^c

^a *Dermatology Department, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

^b *Radiology Department. Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

^c *Pathological Anatomy Department, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gcoulonc@udd.cl (G. Coulon).